



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

INCORPORACION CLAVE 8968-22 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

CIRUJANO DENTISTA

*CARIES DENTAL TEMPRANA CONSIDERADA COMO MALTRATO
INFANTIL: REVISION DE LITERATURA.*

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

NANCY ESTRELLA NAVA MONROY
RAUL FERNANDO ROJAS CARDENAS

ASESOR E. EN. O.P. JUANA GABRIELA ESPINOZA SUAREZ

IXTLAHUACA, MEXICO, 2022.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

1. Introduccion.....	1
2. Objetivos	3
2.1 Objetivo general	3
3.Materiales y metodos	4
3.1 Criterios de exclusión	5
Capítulo 1.	
4. Revision de la literatura.....	6
4.1 Generalidades	6
4.2.Caries dental.....	6
4.3. Factores etiológicos.....	7
4.4. Características principales de estos microorganismos.....	7
4.5. Factores que influyen en la caries dental.....	8
4.6. Desarrollo de la caries en los tejidos dentales.....	9
Capítulo 2	
4.7. Caries Temprana de la Infancia.....	10
4.8. Tipos de caries en niños.....	10
4.9 Se recomiendan varias medidas preventivas para evitar este tipo de transmisión.....	12
5. Caries en niños con necesidades especiales.....	12
5.1. Técnicas para la detección de las CIT.....	13
5.1.1. Plan de diagnóstico.....	13
5.1.2. Indicadores de actividad de la lesión.....	14
5.1.3. Detección y Diagnostico.....	15
5.1.4. Monitorización de las lesiones.....	15
5.1.5. Valoración de riesgo de caries.....	15
5.1.6. Métodos para el Diagnóstico de la Caries.....	16
5.1.7. Exploración clínica.....	16
5.1.8. Historia clínica.....	17

5.1.9 Clasificación.....	17
--------------------------	----

Capítulo 3.

5.2. Maltrato Infantil.....	18
-----------------------------	----

5.3. Maltrato físico.....	19
---------------------------	----

5.4. Negligencia.....	20
-----------------------	----

5.5. Abandono físico.....	22
---------------------------	----

Capítulo 4.

5.6. Signos de Alerta en el Consultorio Dental ante un maltrato infantil.....	24
---	----

5.7. Criterios generales para sospechar el diagnóstico de síndrome del maltrato infantil	26
--	----

5.8. Comportamiento psico-familiar en la consulta dental.....	30
---	----

5.9. Conducta a seguir ante el maltrato.....	31
--	----

Capítulo 5.

6. Interconsulta a las distintas áreas requeridas.....	33
--	----

6.1. Personal de enfermería.....	34
----------------------------------	----

6.1.1. Médico.....	34
--------------------	----

6.1.2. Nutriólogo.....	35
------------------------	----

6.1.3. Psicología.....	36
------------------------	----

6.1.4. Trabajador Social.....	37
-------------------------------	----

6.1.5. Odontólogo.....	37
------------------------	----

6.2. Denuncia.....	39
--------------------	----

Capítulo 6.

6.3. Tipo de atención en el consultorio dental ante un caso de maltrato infantil....	40
--	----

Capítulo 7.

6.4. Recomendaciones para remitir a pacientes pediátricos a instituciones enfocadas al maltrato.....	43
--	----

6.4.1. Unicef.....	43
--------------------	----

6.4.2. Dif.....	44
-----------------	----

6.4.3. Y quien habla por mí.....	44
----------------------------------	----

6.4.4. Camino a casa.....	44
---------------------------	----

6.4.5. Infancia común.....	45
6.4.6. Fundación infancia.....	45
6.4.7. El caracol a.c.....	45
6.4.8. Save the children México.....	45
Conclusiones.....	46
Bibliografía.....	48
Anexos	57

1. Introducción

La caries es una enfermedad infectocontagiosa, transmisible, crónica, de progresión rápida, multifactorial, que puede iniciar con la erupción dental. Algunos de los factores asociados a la aparición de lesiones de caries en la infancia, incluyen hábitos dietéticos incorrectos, como el uso del biberón nocturno prolongado, altos índices de fórmulas lácteas, ingesta elevada de bebidas azucaradas, papillas y refrescos.

Principalmente cuando existe higiene bucal deficiente y permanecen sustancias acidogénas sobre las superficies dentarias, ya que brindan un ambiente, altamente cariogénico y son un excelente medio de cultivo para los microorganismos patógenos en la cavidad bucal, como es el estreptococo mutans y lactobacilos.

Otros factores son nivel socioeconómico bajo, ausencia del nivel educativo de los padres o tutores, uso de medicamentos pediátricos líquidos con sabor dulce. La caries de la infancia temprana es una de las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia en los niños preescolares y escolares, causando dolor lo que da como consecuencia pérdida temprana de dientes y favoreciendo mal oclusiones dentarias.

Por otro lado, la OMS ha puesto en alerta de que es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que muchos niños presentan altos grados de índice de caries, muchos padres no tienen la educación acerca de buenos hábitos de higiene bucal por el cual el infante, no se le brinda la atención necesaria. Esto se ve más en países latinoamericanos en el cual los padres no tienen el conocimiento de que tener a un niño con un deterioro dental es un tipo de maltrato infantil, afortunadamente se está dando a conocer más abiertamente a la sociedad este tema.

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de los cuales son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

El maltrato a menores ha estado presente a través de las civilizaciones ligado a factores sociales, políticos y religiosos, hoy en día es común observar situaciones de abuso de poder y autoridad por parte de los padres, hechos a los que se les resta importancia por parte de las autoridades y la misma sociedad.

En los casos de negligencia, el desarrollo se ve alterado y los déficits empiezan a acumularse influenciando negativamente al niño como resultado, se acaba creando una cadena de problemas que comprometen el crecimiento sano del niño. Las consecuencias psicológicas influyen negativamente en su desarrollo, he aquí la importancia de conocer el término negligencia infantil, así como los actos que incurren en ella y los efectos que causa a nivel familiar.

Es indispensable instruirnos sobre el tema y orientar a los padres o sociedad a cargo de los niños con el motivo de brindar ayuda y ser parte de la solución. Principalmente se pretende crear conciencia del respeto y valor hacia los niños, así como empezar a familiarizarse con medidas preventivas que puedan estar a nuestro alcance (1)(2)

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Describir con base a literatura odontológica actual caries dental temprana considerada en la actualidad como maltrato infantil.

3. Materiales y métodos

Se realizó una revisión sistemática acerca Caries dental temprana considerada en la actualidad como maltrato infantil. Mediante una búsqueda en línea en tres bases de datos científicas diferentes: SciELO®, MEDLINE® / PubMed® y LILACS®, desde agosto 2019 hasta diciembre 2019. Por lo tanto, se desarrolló una cadena de búsqueda de palabras clave a partir de los términos: Child Abuse / diagnosis*, Dentists*, Diagnosis, Differential, Humans, Maxillofacial Injuries / diagnosis*. Con el fin de detectar un mayor número de artículos se buscaron sinónimos “únicos” y adicionales, usando el tema médico en los encabezados MeSH, el término (Child Abuse).

Criterios de inclusión

- Artículos de texto completo con resúmenes indexados que informan sobre el costo beneficio de la prevención de la caries dental. Se seleccionó (Child Abuse).
- Artículos escritos en inglés, español o portugués fueron incluidos.
- Sobre la base del título y la información del resumen, los estudios incluidos se filtraron y seleccionaron siguiendo las recomendaciones del Manual Cochrane para revisiones Sistemáticas de Intervenciones
- Solo artículos de texto completo publicados en revistas de odontología.

3.1. Criterios de exclusión

- Informes de casos, revisiones ordinarias y comunicaciones breves y cartas a el editor no fue considerado. Artículos escritos en inglés, español o portugués fueron incluidos.

Eliminando artículos que no pretendían demostrar lo que se busca desarrollar en la presente investigación.

4. Revisión de la literatura

4.1 Generalidades

Capítulo 1.

4.2. Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial, causada principalmente por microorganismos que se encuentran en la cavidad oral, provoca cierto daño en los tejidos del diente. Principalmente se determina por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales.(1) (2)

Como consecuencia a ciertos factores determinantes, se desarrolla lesiones de caries en algunos dientes en los cuales predominan los molares. Se ha llegado a establecer factores que actúan en la etiología de la caries dental: Huésped, microorganismo y sustrato.(3)(4)

Otros factores llamados “factores moduladores” que contribuyen en el surgimiento y el desarrollo de la caries dental, entre ellos se encuentran: edad, salud general, creencias, nivel socioeconómico. (5)(6)(7)

Algunos factores biológicos, conductuales y psicológicos que están relacionados al medio ambiente de la persona, comparte factores de riesgo con otras enfermedades no transmisibles asociadas con consumo excesivo de azúcar, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad.(8)

Cuando hay exceso en la ingesta de azúcares esto lleva a una producción prolongada de ácidos por parte de bacterias que se adhieren a los dientes y a un cambio en la composición del microbiota oral y el pH de la biopelícula, si esto se mantiene adherido, las estructuras dentarias se desmineralizan en algunos casos está asociado a defectos del desarrollo de las capas del diente. Durante las etapas tempranas del inicio de caries se puede observar aumento en la micro porosidad del esmalte, la cual se puede ver

clínicamente como una opacidad o mancha blanca o café.(9)

La importancia de educar al paciente para que aprenda buenos hábitos de higiene bucal impartidas por un profesional de salud es indispensable para la prevención de la caries dental y otras enfermedades bucales.(8)(10)

4.3. Factores etiológicos

a) Microorganismos

En la cavidad oral se encuentran diferentes tipos de microorganismos. Los principales microorganismos que forman la caries dental son: Estreptococos mutans, Lactobacilos y Actinomicetes.

4.4. Características principales de estos microorganismos:

- Estreptococos mutans: Es el microorganismo que causa mayor incidencia de caries en la mayoría de la población mundial, algunas cepas causan mayor daño que otras, produce cantidades mayores de polisacáridos extracelulares. (11)

Su principal zona de colonización son las superficies del esmalte principalmente en molares y la unión de diente a diente.

- Lactobacilos: su principal fuente de colonización son las superficies de las mucosas como la lengua, es un gran productor de ácido láctico, presenta una gran actividad en la dentina.

- Actinomicetes: se encuentra principalmente en la placa dentobacteriana de la raíz. (12)

4.5. Factores que influyen en la caries dental:

a) Dieta

Los alimentos que causan daño en los órganos dentales son aquellos que son altos en carbohidratos como comida procesada, golosinas, postres como pasteles, refrescos, jugos de caja, pan etc. (13)(14)

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de caries. Hay evidencia que avala la asociación entre caries y hábitos alimenticios, como el consumo frecuente de carbohidratos refinados, a mayor frecuencia en el consumo de ellos aumenta el riesgo de obesidad y caries. (15)

b) Saliva:

La función principal de la saliva es dar protección a los dientes. La saliva con pH bajo, crea abundantes colonias de bacterias y esto induce al inicio de la caries.(16)

c) Diente:

Existen ciertas zonas de los dientes en los que suele haber una mayor formación de caries como la anatomía del diente, zonas en donde no haya una correcta limpieza dental; las giroversiones favorecen la formación de la caries, los dientes recién erupcionados son más susceptibles a la caries y disminuye con la edad.

d) Tiempo:

La interacción de los microorganismos, dieta y huésped requieren de cierto tiempo para que se produzca la caries.

4.6. Desarrollo de la caries en los tejidos dentales:

La primera lesión de caries que se puede llegar a observar en los dientes es una “lesión de mancha blanca”. El color blanquecino es un indicador de pérdida de sustancias minerales de la superficie del esmalte, que permite la pérdida de la translucidez del mismo. Puede aparecer como clínicamente intacta y lisa como indicador de que la lesión no es activa. (17)

e) Lesión en dentina

La dentina y el tejido pulpar son tejidos vitales que se encuentran interconectadas entre sí, a cualquier tipo de estímulo provoca en reacción en cadena.

Una característica principal de la dentina es la presencia de túbulos dentinarios, en su interior se alojan la prolongación de las células odontoblásticas, denominado proceso odontoblástico. Con el aumento de la edad el tamaño de estos túbulos se acortan, debido al continuo depósito de dentina intratubular, proporcionando mayor resistencia frente a un proceso carioso.(18)

Capítulo 2.

4.7. Caries de temprana infancia (CIT)

Esta caries se identifica de manera rápida, ya que daña agresivamente los tejidos del diente, la pulpa y la corona dental. Afecta principalmente a niños cuya edad es entre los 6 meses y 5 años, ciertos factores como una mala higiene bucal o una dieta alta en carbohidratos, puede iniciar con lesiones blandas de color amarillento (como se observa en la fig.1) y con el paso del tiempo estas manchas pueden llegar a oscurecerse.(19)



Fig. 1 caries temprana de la infancia, 2019, pag.244 (20)

4.8. Tipos de caries en niños:

Tipo I: lesiones cariosas que afectan solo una o dos piezas dentales ya sean molares e incisivos.

Tipo II: Lesiones cariosas que afectan a los incisivos superiores. Los molares pueden o no pueden estar afectados y los incisivos inferiores están bien.

Tipo III: Lesiones cariosas que afectan todas la piezas dentales.

La caries infantil es conocida cuando hay una o más lesiones cariosas,(como se observa en la fig.2) ya sean lesiones profundas o lesiones superficiales, dientes perdidos por caries u obturaciones en cualquier diente temporal en niños menores de 36 a 71 meses, es una enfermedad que afecta a cualquier niño del mundo.

Es crucial el papel que desempeñan los padres de familia y los maestros en el fomento de la salud oral de los niños; considerados como la fuente primaria de la educación temprana en los menores escolarizados.(21)(22)

Los factores que influyen la caries en niños se encuentran hábitos de biberón, placa bacteriana, higiene bucal, perdida prematura de dientes a una edad temprana, ingesta alta de carbohidratos, niños con alguna discapacidad, nivel socioeconómico, tutores que estén a cargo de los niños.(23)(24)



Fig. 2: caries temprana de la infancia, 2019, pag.244 (20)

El organismo que se asocia principalmente a la caries dental es el *Streptococo mutans*, puede llegar a ser transmisible verticalmente de la madre/cuidador principal al niño a través de la saliva, para colonizar la cavidad oral de los niños

aproximadamente a los 2 años, durante el periodo llamado "ventana de infectividad".
(25)

4.9. Se recomiendan varias medidas preventivas para evitar este tipo de transmisión:

- Evitar cualquier tipo de contacto cruzado de saliva de la madre al hijo.
- Evitar una alta ingesta de alimentos y bebidas con un alto índice de carbohidratos y azúcares que podrían provocar un alta incidencia temprana de caries.
- Odontólogos proveer una mayor educación a los padres acerca de los cuidados dentales del recién nacido o niños, en sus primeros años de vida(26).

5. Caries en niños con necesidades especiales

Una de las principales características de los niños en cuanto a la variable de género se ha demostrado que los niños con alguna discapacidad son más propensos a desarrollar caries que las niñas.(27)

Una de las razones que podrían explicar este fenómeno es que el sexo masculino es más frecuente en ciertos síndromes como el autismo o el síndrome de Down no obstante, el informe del centro latinoamericano del desarrollo (CELADE) indica que en las mujeres hay una mayor prevalencia de discapacidad, debido a una mayor longevidad. (27)

En relación al nivel de conocimiento en los padres sobre higiene bucal y la higiene de los niños discapacitados, se hayo que los niños discapacitados presentaron una higiene bucal deficiente y no se reportó ningún niño con índice oral buena.(27)

La caries dental es evitable, por ello la necesidad de restauraciones dentales puede reducirse drásticamente, cuando los programas de prevención de enfermedades se establecen a nivel nacional y a niveles comunitarios, en la medida que en primer lugar, los países y las comunidades deben promover una dieta baja en azúcares en conformidad con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas sobre Alimentación y Agricultura (FAO) y de la OMS.(28)

Los azúcares libres deben mantenerse por debajo del 10% de la ingesta energética y el consumo de alimentos y bebidas que contienen azúcares libres deben limitarse a un máximo de cuatro veces al día, en segundo lugar, el fluoruro es más eficaz para la prevención de caries dental cuando un bajo nivel de fluoruro se mantiene constante en la cavidad oral.(28)

5.1. Técnicas para la detección de las CIT:

5.1.1. Plan de diagnóstico:

Prevenir la caries infantil es un factor que involucra no solo a los padres, sino también una sociedad y a un sistema sanitario. Debe ser considerada una buena educación dental como prevención a todo padre, niño, joven, adulto y personas mayores para evitar una necesidad futura y la formación de hábitos saludables.

Lo “ideal” es hacer revisiones cada seis meses para controlar si la higiene se está realizando de manera correcta y observar que los padres estén siendo guiados para los cuidados en la higiene bucal del niño.

La Academia Europea de Odontopediatría recomienda un plan de nueve exámenes clínicos que van desde la primera consulta coincidiendo con la erupción del primer diente temporal y no más tarde del primer cumpleaños del niño hasta la novena que se indica 18 meses después de que se haya establecido contacto entre el primer y el segundo molares permanentes.

1º - consulta erupción del primer diente temporal.

- No más tarde del primer cumpleaños.
- Idealmente, incluso antes del nacimiento.

2º - Consulta erupción de los primeros molares temporales.

3º - Consulta erupción de los segundos molares temporales.

4º - Examen clínico establecimiento del punto de contacto entre primeros y segundos molares temporales.

5º - Examen clínico 18 meses después del cuarto examen clínico.

6º - Examen clínico erupción de los primeros molares permanentes.

7º - Examen clínico 18 meses después de que se haya establecido contacto entre el primer molar permanente y el segundo molar temporal.

8º - Examen clínico erupción de los segundos molares permanentes.

9º - Examen clínico 18 meses después de que se haya establecido contacto el primer molar permanente y el segundo molar permanente.

De acuerdo al riesgo individual de caries de cada niño el clínico decidirá si el niño necesita un ritmo diferente de visitas y la actuación en cada una de ellas.(29)

5.1.2. Indicadores de actividad de la lesión:

Para el buen diagnóstico de la caries dental se necesita llevar a cabo un examen cuidadoso, metódico, visual y táctil sobre dientes limpios, secos y con una buena iluminación.

Indicadores de actividad de la lesión:

Lesión activa (1 o más)

- Zona de acúmulo de placa.
- La lesión se ve blanquecina y mate.
- Sensación de rugosidad al tacto suave.
- Sangrado gingival junto a la lesión.
- Asociado a dientes parcialmente erupcionados.

Lesión inactiva (1 o más)

- Zona de auto limpiado de placa.
- La lesión se ve oscura y brillante.

- Sensación lisa al tacto suave.
- Sin sangrado gingival junto a la lesión.
- Asociado a dientes totalmente erupcionados y en oclusión.

5.1.3. Detección y Diagnóstico.

- Sistema de puntuación en el diagnóstico de caries.
- Sano
- Inicial. Puede ser activo o inactivo.
- Moderado (sombras en dentina/roturas localizadas en esmalte). Puede ser activo o inactivo.
- Extenso. Puede ser activo o inactivo.

5.1.4. Monitorización de las lesiones:

Es importante la captura de imágenes del paciente para ver la evolución del paciente de un antes y un después ya que ayuda a motivar, de una forma positiva, a los niños y sus padres o tutores..

El sistema debería:

- Comparar la apariencia a lo largo del tiempo.
- Ser fácil de usar.
- No consumir excesivo tiempo.
- No ser caro.

5.1.5. Valoración de riesgo de caries:

Es recomendable que cada niño al cumplir a la edad de una año de edad, sea llevado con un especialista en el área dental exclusivamente para niños, para que el niño se empiece a familiarizar con los cuidados dentales, al igual con los padres se debe de dar cierta educación para tomar todas las medidas necesarias para el cuidado y la higiene dental de cada niño, evitando en un futuro la aparición de caries y ciertas patologías dentales. (29)

5.1.6. Métodos para el Diagnóstico de la Caries:

Existen variedad de materiales en el cual ayudan a tener un mejor diagnóstico, prevención y manejo de las lesiones cariosas. con el paso del tiempo los métodos de diagnóstico van cambiando y mejorando en el cual el odontólogo facilita el diagnóstico de ciertas patologías en la cavidad oral y al mismo tiempo el paciente se siente más seguro.(30)(31)

El sistema ICCMS se basa en el ICDAS, que es un sistema de evaluación clínica que se utiliza para detectar la caries dental y evaluar las primeras etapas de la caries. Se emplea en la odontología actual, aplicaciones clínicas, investigaciones y estudios epidemiológicos.

ICDAS se puede aplicar en superficies dentales y de raíz para detectar caries de esmalte, caries dentales, lesiones no cavitadas (manchas blancas) y lesiones cavitadas, y evaluar estas lesiones. Su objetivo es obtener información de mayor calidad para tomar mejores decisiones en el diagnóstico.(31)

5.1.7. Exploración clínica

Al momento de la exploración clínica se puede observar diferentes tipos de hallazgos dependiendo del grado de la enfermedad presente, se podría observar cambios de coloración en las lesiones incipientes (“mancha blanca”, pigmentaciones pardas, amarillentas, etc.) hasta cavidades en el esmalte y dentina en lesiones severas.

El examen bucal deberá incluir:

- a. Inspección visual: debe realizarse con los dientes limpios y secos. Podrá hacerse directamente o, si se precisa, se podrán utilizar espejos o lentes de aumento.
- b. Exploración táctil con sonda: intenta detectar cavitación o reblandecimiento del esmalte al quedar atrapada la punta del explorador. No se debe hacer presión con la sonda porque pueden producirse roturas de esmalte intacto.

d. Seda dental: cuando la utilizamos entre dos dientes y se deshilacha es muy probable que exista una cavitación con bordes cortantes.

Su uso está indicado para ayudar al diagnóstico de caries profundas en las superficies interproximales de los dientes, pero no resulta útil para detectar primeras lesiones de caries.(32)

5.1.8. Historia Clínica.

Valoración de riesgo de caries a nivel del paciente En este elemento valoraremos la historia clínica del paciente, se evalúa la cavidad oral y si existe de dolor. Una vez definido todo esto, evaluaremos los factores de riesgo, como uso de medicamentos, dieta, si tuvo terapia de radiación, higiene oral, condición socioeconómica e historia de caries de los padres.

5.1.9. Clasificación.

Clasificación de caries y valoración de actividad de las lesiones con evaluación del riesgo intraoral de caries Este elemento describe la evaluación clínica de la caries, que clasifica la severidad de la lesión y evalúa su actividad. Asimismo, se valoran los factores de riesgo intraoral de caries.

La valoración de caries siempre se efectuará mediante un examen visual y debe combinarse con el examen radiográfico. Esto conduce a la obtención de información sobre la clasificación de la caries (inicial, moderada o severa) y el estado de actividad de la lesión (activa o inactiva)(33)

Capítulo 3.

5.2. Maltrato infantil

El maltrato infantil es todo aquel tipo de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o descuido de manera intencional y maltrato social hacia un niño. Es importante considerar este tipo de maltratos a una escala mundial, con serias consecuencias físicas o psicológicas a lo largo de la vida de quien lo sufre. (34)(35)

Lee y Krappmann (2020), mencionan que tras las atroces secuelas de las guerras mundiales del siglo XX y su impacto psicológico y físico en los niños, las Naciones Unidas decidieron que los derechos de los niños requerían una protección especial.

Dettlaff y Boyd (2020), mencionan el reconocimiento de la vulnerabilidad en los niños, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó adoptar la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, en 1989 donde se promulga la Convención sobre los Derechos del Niño, que se convirtió en el primer texto internacional legalmente vinculante para proteger los derechos de los niños de todo el planeta.(36)

Con base a los artículos relacionados a los derechos de los niños se destacan los Art. 2, 3, 6 y 12; citados a continuación:

- Los niños no deben sufrir discriminación.
- En todas las decisiones que afectan a los niños, su interés superior debe ser la principal preocupación.
- Los niños tienen derecho a sobrevivir y desarrollarse de manera saludable.
- Los niños tienen derecho a que se tengan en cuenta sus opiniones en los asuntos que les afectan.

El maltrato infantil aparte de que puede ser físico, psicológico o sexual puede llegar a trastocar partes más internas del niño, ya que dependiendo del tipo de maltrato que se le haga al niño puede llegar a afectar un desarrollo cerebral adecuado, por ende afecta su lenguaje verbal, su forma de convivir con otras personas, generarle ciertas emociones que alteren su sistema nervioso como ansiedad o generarle estados de alerta de todo lo que le rodea, problemas de aprendizajes etc.(34)(37) (38).

Los niños con alguna discapacidad son más susceptibles a sufrir algún tipo de maltrato en comparación de los niños que no sufren ninguna discapacidad. (39)

Se estima que los agresores más comunes hacia los niños van a ser el padre, el novio de la madre, la nana y la madre.

Entre los niños con maltrato confirmado, 61% sufre negligencia, 19% abuso físico, 10% abuso sexual y 5% abuso emocional o psicológico. Se aproxima que más de un billón de niños y adolescentes alrededor del mundo han llegado a sufrir algún tipo de violencia siendo física, sexual, emocional o negligencia, ya que en el año 2019, más de 99 millones, se considera que es una estimación aproximada del 58% de la población de niños de 0 y 17 años de Latinoamérica y el Caribe la sufre cada año. (40)(41)

Los principales tipos de tipos de maltrato infantil, se encuentran clasificados en, abuso físico, abuso sexual y maltrato emocional.

5.3. Maltrato físico

Va a ser aquella agresión no accidental, realizada hacia el menos a través de una fuerza física, incluye dos categorías:

- Traumas físicos que producen lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte.

- Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que, a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo sustancial para la vida del niño. (42)(43).(44)

Los niños sufren más algún tipo de maltrato entre los tres años y los ocho y los once; mientras que en el género femenino es más frecuente a los tres y nueve años, ante una lesión traumática el diente más vulnerable es el incisivo central superior.(45)(46)

Los traumatismos dentales y lesiones en tejidos blandos, son signos de abuso físico, además es importante que el odontólogo conozca que el abandono y descuido dental es considerado un tipo de negligencia por descuido de los padres o tutores que están obligados a proporcionarle al niño.

Las lesiones más frecuentes en niños se encuentran en cabeza y cuello en un 50%, por este motivo que como odontólogos tenemos un rol fundamental y clave para su diagnóstico ya que al ser parte de un sistema de salud debemos de conocer este tipo de temas para reconocer y diagnosticar estas posibles lesiones de maltrato o negligencia.

Del artículo 19 de la convención del derecho del niños podemos concluir que el maltrato infantil hace referencia a toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, por la tanto podemos concluir que existen infinidad de situaciones que produzcan la negligencia de los padres o tutores.

5.4. Negligencia:

Es aquella en la que los padres o encargados del niño van a descuidar las necesidades físicas, psíquicas, sociales e intelectuales del niño, en donde no se van a cubrir las necesidades básicas del infante, ya que esto es conocido como un tipo de maltrato

hacia el niño, no se le presta la atención adecuada de una manera consciente o inconsciente. (47)

La OMS ha definido que el abuso, omisión, o negligencia que puede ser considerado como un daño real o potencial en la salud, supervivencia o crecimiento de todos aquellos menores de 18 años. Los niños con discapacidad son más susceptibles a sufrir algún tipo de maltrato en comparación de los niños que no sufren ninguna discapacidad.

El negligencia infantil se asocia a elevadas cifras de mortalidad, además las víctimas pueden presentar déficits cognitivos o de lenguaje, problemas emocionales, trastornos alimenticios, comportamientos autodestructivos, por lo tanto, interrupción en el desarrollo psicológico de su infancia o niñez, lo que contribuye en que los niños presenten trastornos psicopatológicos a corto o largo plazo, además de que el maltrato infantil está muy relacionado con trastornos de la personalidad como la esquizofrenia, adicciones, conductas auto lesivas.(48)(49)

La prevalencia del abuso y la negligencia infantil es un problema que está en todos los niveles étnicos, socioeconómicos y culturales de la sociedad hay una asociación entre estos diversos factores para sufrir caries dental y el riesgo de negligencia dental incluso en alguna ciudad o país que cuente con buenos servicios de salud, ya que hay grandes índices de niños abandonados y descuidados.(50)

La caries dental en estos niños descuidados es alta, se encontraron signos desencadenantes de negligencia dental ya que es la forma más prevalente de sufrir caries dental y su diagnóstico puede ser un gran desafío para el cirujano dentista, a pesar de las dificultades el profesional debe tener confianza y conocimiento al

reconocer este tipo de casos sospechosos de abuso o negligencia para salvaguardar y promover el bienestar de los pacientes pediátricos.(50)(51)

Un aspecto importante es el comportamiento de los niños ya que los que sufren de negligencia, son menos cooperativos durante las visitas al odontólogo, este comportamiento dificultara un poco más su tratamiento dental, por eso es muy importante hacer que los papas tomen conciencia y las visitas sean más regulares ya que la negligencia dental está constituida por el descuido de la prevención de las enfermedades y otra es el descuido del tratamiento dental .(50)

5.5. Abandono físico:

Es la falta de atención a las necesidades básicas de cualquier niño, cuyas consecuencias psicológicas y físicas en el niño podrían ser a corto o largo plazo.

Por tanto una dificultad inherente al concepto de maltrato por abandono físico se encuentra a la hora de establecer claramente cuál es el límite para considerar una situación como maltrato por abandono físico y como consecuencia de ellos poder juzgarla dentro del marco Legislativo-Sanitario en materia de protección de menores con situación de riesgo o desamparo .(52)(53)

Las diferencias entre los estratos socioeconómicos son también un riesgo y descuido, la condición de salud bucal es mejor en niños pertenecientes a estratos medios y altos en comparación con aquellos que pertenecen a estrato bajo, con diferencias estadísticamente significativas tanto en la experiencia como en la prevalencia de la enfermedad bucal.(54)

Así mismo el índice ceod indica el promedio de dientes con caries cavitacional que compromete dentina, obturados y perdidos a causa de la caries dental por individuo, es más del triple en estratos bajos en comparación con el estrato medio y alto el gradiente social coinciden los hallazgos con diferentes autores.

Quienes afirman que la caries de la primera infancia está relacionada con factores socioeconómicos y culturales tales como pobreza, condiciones de vida precarias, bajo nivel educativo de los padres, estilos de vida y limitaciones en el acceso y disponibilidad de los servicios de salud y como tal es reflejo de inequidad.(54)

como lo plantean los ejes de la política pública en salud bucal, la reorientación del modelo de atención hacia uno con enfoque familiar, comunitario y territorial, que incorpore la salud bucal a los espacios de la vida cotidiana, y el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del recurso humano.(54)

De esta manera se podrían superar barreras de acceso y los niños y niñas tendrían instituciones y equipos que trabajen de manera articulada en pro de mejorar sus capacidades para su propia vida, con énfasis en acciones tempranas es un reto integrar acciones intersectoriales que promuevan el desarrollo de niños y niñas, a través del acompañamiento y se lleven a cabo estrategias que superen los enfoques tradicionales.(54)

Trabajando de la mano con los equipos de salud, para enfatizar los principios de la política pública en salud bucal: equidad, universalidad, integralidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y gestión participativa que contribuyan a cerrar la brecha de inequidades en salud bucal, reflejo de otras brechas sociales.(54)

Capítulo 4.

5.6. Signos de alerta en el consultorio dental ante un maltrato infantil.

El cuidado de la salud bucal en la población infantil se inicia en el hogar, es la familia quién juega un papel fundamental como promotor de la salud, pero es en especial la madre en su rol de cuidadora a quien se atribuye mayor responsabilidad por la salud de los niños, incluyendo la bucal en el núcleo familiar o ambiental, el que ejerce una función protectora o de riesgo en la formación integral del niño.(55)(56)

En la actualidad, a pesar de las grandes campañas de defensa de los derechos del niño respaldadas por leyes nacionales e internacionales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), aún persisten diversas prácticas de maltrato infantil asociadas muchas veces a ambientes y modos de vida caracterizados por la violencia, la frustración, el estrés, el consumo de alcohol y drogas y la falta de amor(57)

Clínicamente, presenta un patrón característico donde varios dientes están involucrados, el desarrollo de la lesión es rápido, las lesiones comienzan a desarrollarse en la superficie lisas del diente en el contorno de la encía, los dientes se ven afectados según la cronología, la secuencia de erupción y por la posición de la lengua al succionar, por tanto, afecta primero los incisivos maxilares seguido por los primeros molares deciduos.

Los pacientes que desarrollan caries de infancia temprana tienen riesgo de desarrollar procesos infecciones como celulitis, abscesos, osteomielitis, teniendo en cuenta que el desarrollo del proceso infeccioso es rápido el dolor dental en casos ya avanzados lleva a incapacidad para alimentarse, por lo cual el niño tiende a perder peso.

La pérdida de alguno de los dientes temporales da como resultado, disminución en función masticatoria, dificultad para la fonación, problemas estéticos, instauración de hábitos perniciosos como la interposición lingual y/o labial, pérdida de espacio en la

zona de sostén resultando en mal posiciones dentarias por alteración de la erupción de los dientes permanentes que les suceden, alteración en el crecimiento y desarrollo de los maxilares, succión digital o empuje lingual, así como alteraciones emocionales.

Los planes de estudio de Estomatología apenas mencionan el maltrato infantil, por lo que frecuentemente las lesiones buco-faciales ocasionadas por el maltrato, no se identifican en el consultorio estomatológico y tampoco son denunciadas este hecho resulta paradójico si se tiene en cuenta que esta es una de las profesiones en que los especialistas tienen un contacto directo más cercano con el paciente, lo que debe contribuir a la detección de lesiones de cualquier tipo en los pacientes.(57)

Los estudios acerca de las aptitudes y conocimientos del personal estomatológico para determinar qué lesiones indican maltrato infantil muestran que, en general, su percepción del problema existente es baja a la par, que existe una manifiesta incapacidad de hacer frente a los casos sospechosos

Este es un tema muy sutil, que compromete a la familia en su actuación como tal y requiere atención particular por parte de los profesionales y de la sociedad; el desconocimiento generalizado acerca de sus manifestaciones en muchas ocasiones evita las sospechas sobre la presencia del síndrome del maltrato infantil en los niños que pasa inadvertido, mientras las víctimas indefensas sólo pueden esperar recibir en algún momento la ayuda adecuada

Debido a la importancia y sensibilidad del tema, y a su baja percepción social y facultativa en el ámbito estomatológico, el objetivo del presente trabajo es caracterizar, en forma resumida y estructurada, las lesiones buco-faciales indicadoras de maltrato infantil, como un material de consulta para especialistas en Estomatología

La identificación de este síndrome se dificulta porque generalmente la información de los pacientes es inexacta, en ocasiones los especialistas no incluyen en el diagnóstico

diferencial la sospecha de su presencia y no profundizan en la investigación de las causas de las lesiones.

De ahí que también se puede definir el maltrato infantil como la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad

La sintomatología va reportada desde el aspecto médico-clínico como a su vez del ámbito psicológico relacionándose con los síntomas conductuales en los que se identifican al miedo, la depresión, los trastornos del sueño y de la alimentación en las edades de 5 a 9 años como de 10 a 14 años, técnicamente podemos darnos cuenta que captados a corta edad puede ayudarnos a prevenir enfermedades.(58)

La sintomatología en menores de edad es posible que no tengan un factor desencadenante fijo, ya que puede simplemente ser circunstancial visto por diferentes aspectos entre ellos económicos, culturales, sociales, emocionales y biológicas, cada una con las características propias de su entorno. (58)

Dentro del estudio en la sintomatología psicológica la mayoría de los niños presentan miedo y este se puede expresar en el temor por lo cual callan su situación actual, y dificultando la captación de indicadores de maltrato, pero pese a este inconveniente el paciente requiere todo el apoyo del personal de salud y de una exploración clínica y psicológica minuciosa.(58)

5.7. Criterios generales para sospechar el diagnóstico de síndrome del maltrato infantil

La historia clínica aportada por el paciente no explica el origen de la lesión identificada ,ya que el mismo padre o tutor desconoce el origen de la misma o la historia cambia

con el tiempo; al mismo tiempo esto retarda en la búsqueda de atención médica y reacción familiar anormal ante el daño o lesión.

El niño presenta deficiencias nutricionales y de socialización, muestra cambios repentinos en su comportamiento, problemas del sueño, llanto frecuente, así como incapacidad para establecer su independencia en la edad esperada y dificultades con el lenguaje.

Entre 50 % y 70 % de los niños que acuden al estomatólogo presentan dolencias bucales que pueden ser un indicador de violencia, tales como lesiones en la cara y la boca, contusiones y fracturas dentales múltiples, a lo que se suma la existencia de una actitud defensiva en el niño; no obstante, la mayoría de los casos pasan inadvertidos por la falta de importancia del odontólogo.

Las lesiones cutáneo-mucosas pueden ser múltiples, e incluir varios tipos de lesiones localizadas en zonas no habituales y no prominentes tales como la región bucal (lengua, mucosa y paladar blando), los pabellones auriculares, y las zonas laterales de la cara y el cuello.

Las contusiones, hematomas, arañazos y equimosis en las zonas corporales no prominentes (orejas, mejillas) o en la parte distal de las extremidades (muñecas), así como los hematomas periorbitarios (la característica imagen del antifaz) suelen ser de tipo intencionado.

Las fracturas dentales múltiples, las luxaciones dentales laterales, la laceración de la mucosa en la parte interior del labio superior (cerca del frenillo) y el desgarramiento de la mucosa labial son signos típicos en estos casos.

Un golpe directo en la boca puede causar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores, y dejar la marca de éstos en la parte interna de los labios e incluso provocar avulsiones cuando el golpe es muy fuerte

En ocasiones es posible observar las huellas de la mano adulta debajo del ángulo de la mandíbula, marcadas por presión al sujetar la cara con una mano para golpear al niño con la otra; en estos casos las lesiones resultantes son simétricas y las laceraciones o desgarros de la mucosa del labio son signos típicos.

Las quemaduras son lesiones comunes en las consultas de Pediatría y ocurren comúnmente en niños próximos a la edad juvenil; sólo 10-25% de los casos de quemaduras en edades pediátricas son resultados de abusos. Un elemento importante para diferenciar las quemaduras intencionales de las accidentales es el hecho que estas últimas tienen contornos imprecisos y dentro de una misma lesión existen diferentes grados de quemaduras.

Las quemaduras infligidas intencionalmente por el contacto de cuerpos sólidos calientes son patognomónicas y se caracterizan por ser lesiones múltiples, con bordes bien definidos y formas asociadas a los objetos causantes.

Otras quemaduras localizadas en la lengua, los labios, la mucosa bucal, el paladar y las encías, se pueden producir por la toma forzada de alimentos demasiado calientes o sustancias cáusticas las mordeduras se encuentran frecuentemente en las mejillas, brazos, piernas y glúteos de las víctimas de maltrato infantil.

La distancia normal entre los caninos humanos oscila entre 2,5 cm y 4 cm; en un niño esta distancia varía entre 2,5 cm y 3 cm y la aparición de marcas con estas dimensiones características se relaciona con las peleas escolares. Las marcas de mordidas con distancias intercaninas mayores de 3 cm indudablemente corresponden a personas adultas, y presentan mayor profundidad; suelen estar acompañadas de abrasiones, contusiones y laceraciones, pero rara vez de desgarramiento del tejido.

En la periferia de los arcos se reflejan los tamaños, formas, orden y distribución de los dientes que mordieron, con un área central de equimosis causada por la presión positiva por oclusión dental o por la presión negativa por succión.

El estomatólogo puede participar, acompañado de los especialistas del Departamento de Medicina Legal, en la identificación del responsable de la mordida por las características y tamaño de los dientes, forma del arco y distancia intercanina; antes de lavar la zona de la mordida para curarla, debe tomar una muestra de la herida mediante raspado y con el uso de agua estéril o solución salina, para su análisis en el Departamento de Genética.

En estos casos también se emplean técnicas de fotografía secuencial y estudios de modelos de impresión dental de los sospechosos

En los casos de maltrato por negligencia y abandono se evidencian signos de retraso psicomotor significativos y no justificables por el grado de retraso en cuanto a las habilidades que los niños ya debían haber ganado para la edad mental que tienen y no han logrado por carecer de estimulación suficiente.(59)

Los niños malnutridos suelen padecer anemia y déficit de vitaminas, a la par que presentan palidez y cansancio inapropiado para sus edades. Un menor con el típico aspecto físico de “niño sucio”, vestuario inapropiado, mal olor, pelo seco, escaso, descuidado, despeinado, es la muestra clara de la carencia de cuidados afectivos en su bienestar.

En ocasiones la falta de seguridad en el hogar y el insuficiente cuidado parental generan accidentes por caídas e ingestión de tóxicos y medicamentos; las negligencias en el cuidado estomatológico de los niños por parte de los adultos responsables redundan en un elevado índice de caries dentales sin tratamiento, falta de dientes, aparición de granulomas y enfermedades periodontales y pérdida del color normal de los dientes.

El retraso en la búsqueda de asistencia médica para los trastornos graves que padece el menor y el incumplimiento de los tratamientos médicos prescritos provocan complicaciones de los trastornos de base.

Las lesiones intrabucuales consisten fundamentalmente en contusiones, lesiones en forma de abrasiones, laceraciones de mucosas, luxaciones, fracturas dentarias o pérdida del hueso alveolar con exposición de la raíz o ápice del diente temporal, y son fácilmente identificables en el examen estomatológico; en muchas ocasiones se originan a partir de un golpe dado en la boca del niño para tratar de silenciarlo porque grita o llora. (60)

5.8. Comportamiento psico-familiar en la consulta dental

La actitud del niño maltratado suele ser de indiferencia, a menudo la expresión de su cara es de tristeza y temor y ante la proximidad de otras personas puede esbozar gestos defensivos.

Durante la exploración estomatológica o médica puede permanecer apático, y no hablar, aunque se le escape alguna lágrima, presentar cansancio y aparentar más edad de la que tiene; si el tratamiento implica algún dolor, manifiesta un llanto débil, similar al del niño cooperador tenso.

Dos elementos importantes a tener en cuenta son el hecho que el niño intenta ocultar la lesión, y la marcada discrepancia entre los datos referidos por los padres y los que el especialista encuentra en la exploración. En estos niños es frecuente encontrar un retraso psicomotor en relación a su edad, debido a la escasa estimulación psicológica y afectiva que reciben

Los maltratadores alegan un número alto de lesiones accidentales y atribuyen las lesiones a las acciones de los hermanos u otros niños; las historias que relatan son

inaceptables, discordantes o contradictorias con respecto a los tipos de lesiones y su intensidad.

Aunque describen las lesiones como auto infligidas, por lo general no son compatibles con las edades de los niños; casi siempre explican estas lesiones aparentemente auto infligidas con frases como “nunca antes se había comportado así”.

El retraso en la búsqueda de asistencia médica es otra señal indicativa de maltrato; el maltratador casi siempre lleva al niño a tratamiento tardíamente (varias horas de diferencia, a veces días, después de ser golpeado) e incumple los tratamientos médicos prescritos al menor, muestra despreocupación por el seguimiento de las enfermedades crónicas e invalidantes que padece y frecuentemente cambia de centro de atención de salud.(61)

El maltratador casi siempre manifiesta poca preocupación por la higiene y alimentación del menor y poca disposición para atenderlo, exhibe falta de afecto, no calma su llanto y lo rechaza verbalmente.

Ante una falta cometida por el niño utiliza una disciplina severa, inadecuada para su edad y condición, con exigencias superiores a las posibilidades del menor; lo aparta de las interacciones sociales y las condiciones higiénicas y de seguridad en el hogar son peligrosas para la salud del niño.(61)

5.9. Conducta a seguir ante el maltrato

Ante la sospecha o evidencia de un daño de etiología no accidental en un menor, el profesional de la salud tiene la obligación de mencionar esa duda, recoger evidencias de las lesiones y exponer detalladamente por escrito la descripción de las lesiones físicas de acuerdo a su número, tipo, tamaño, ubicación y estado (de ser posible con diagramas), así como la explicación adecuada que justifique la sospecha de maltrato infantil.

Una buena historia clínica minuciosamente detallada puede aportar los datos científicos precisos para delimitar los daños y ser un elemento de peso jurídico en caso necesario.(62)

El odontólogo tiene un compromiso moral y ético de realizar acciones para prevenir el maltrato, controlar los factores de riesgo y proteger al niño la violencia ejercida sobre los menores es modificable una vez que se conocen los factores que conducen al maltrato en las familias de riesgo, por lo que es posible tomar las medidas pertinentes para evitar este fenómeno.(62)

La mayoría de las lesiones buco-faciales en niños víctimas de maltrato se relacionan con castigos físicos y negligencia familiar; los signos indicadores de maltrato son fácilmente identificables por un estomatólogo preparado al efecto.

Se debe capacitar a los estomatólogos para la detección y diagnóstico del maltrato infantil y los factores de riesgo presentes en pacientes aún no afectados, así como establecer un trabajo multidisciplinario con los equipos de salud correspondientes para garantizar la debida protección a los menores y evitarles las secuelas del maltrato, así como realizar una labor preventiva, de asistencia y rehabilitación en las familias afectadas, y facilitar las acciones legales correspondientes en los casos que las requieran.

Capítulo 5.

6. Interconsultas a las distintas interdisciplinas requeridas para pacientes con algún tipo de maltrato.

Una cuarta parte de los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos siendo niños, los infantes más susceptibles a este tipo de violencia son las del género femenino que han sufrido algún tipo de abuso sexual más que los hombres. El maltrato infantil afecta la vida del niño en su desarrollo psicológico y físico posiblemente para toda su vida.

Una vez que el niño haya pasado por algún tipo de maltrato, es necesario que la atención sea multidisciplinaria, ya que se tendrá que trabajar en diferentes áreas profesionales para que se pueda reducir ciertos daños psicológicos y físicos al niño y al mismo tiempo dar un seguimiento del caso en forma judicial para el agresor.

a atención debe de ser continua para el infante y sus familias para reducir la repetición del maltrato y poder minimizar consecuencias futuras.(63)

Principal mente el personal sanitario debe poner mucha atención, al manejo correcto de un infante que fue sujeto de algún tipo de agresión, necesita ser visto desde el punto de vista humano, ser comprendido como el niño que en ese momento ha sido agredido de alguna forma física, psicología o sexual.

El rol del área de enfermería durante las consultas de control del niño que ha sido maltratado, la enfermera a cargo puede cultivar una relación de confianza con ellos y con sus familias, facilitando el diálogo ya que durante la estancia hospitalaria del niño, las enfermeras pasan un mayor tiempo con los pacientes y podrían detectar algún tipo de anomalía o comportamiento del niño.

Además del enfoque legal que permite aplicar las leyes de manera estricta, haciendo valer los derechos de los individuos más susceptibles como son los niños; además del trabajador social que es pieza clave de la reincorporación del infante a la sociedad y si es posible la restauración de la funcionalidad del hogar que se ha visto afectado.(63)

El establecimiento de protocolos de detección y atención de situaciones de violencia es una herramienta clave para lograr una adecuada protección y restitución de derechos y así reducir el impacto de la violencia a largo plazo.

6.1. Personal de enfermería:

- Realiza el registro inicial del usuario.
- Asegura la integridad del niño, la niña o la persona adolescente en el centro de salud.
- Presenta los casos sospechosos al personal médico.
- Está presente en todo momento durante la evaluación.
- Asegura el cumplimiento de las indicaciones médicas y el seguimiento de los casos.

6.1.1. Médico:

El escenario actual en el que se desenvuelve la actividad médica, hay una creciente conciencia de replantear el quehacer profesional centrandolo la atención de la salud en la persona humana el nuevo profesionalismo que se promueve implica un renovado compromiso por la atención del paciente sobre la base de la excelencia profesional.

Una actitud compasiva y respetuosa de la dignidad de la persona humana, la responsabilidad y el altruismo, que a su vez se sustentan en una correcta aplicación de los principios éticos y las normas legales que regulan el ejercicio de la profesión, encuadrado todo ello en una continua y sólida preparación científico técnica que haga posible la calidad.(64)

- Registra toda la información del paciente en su expediente o récord médico, como constancia de los resultados de la evaluación y la atención del caso; y para que pueda ser posteriormente utilizada por el Sistema de Protección.
- Establece el diagnóstico de sospecha de violencia sexual.
- Solicita interconsultas con otros especialistas, en caso necesario.
- Inicia el tratamiento o refiere el caso, de acuerdo con su gravedad y complejidad.

- Informa a la dirección del centro de salud para que se encargue de la notificación del caso a las autoridades correspondientes.

6.1.2. Nutrición:

Una buena nutrición del niño y una cavidad bucal con características saludables reflejan la existencia de una relación estrecha entre los padres y profesionales de la salud, por ello es posible sustentar que, en cuanto a la salud bucal, el efecto más importante de la nutrición, es la acción local de la dieta y el papel que esta ejerce en el desarrollo de enfermedades como la caries dental, erosión dentaria, defectos del esmalte, enfermedades periodontales.(65)

La dieta sana es naturalmente equilibrada, y suministra todos los nutrientes que un niño necesita para su crecimiento y desarrollo, incluye los siguientes grupos de alimentos: verduras, cereales, frutas, legumbres, carnes y leche. Una dieta alta en carbohidratos, incrementa la probabilidad que un niño padezca caries dental.(66)

Estos alimentos reciben la denominación de cariogénicos, presentan características de fácil identificación para los padres, entre ellas: son pegajosos, de consistencia blanda, su consumo se lleva a cabo entre las comidas y no durante las mismas, adicionalmente su cariogenicidad se incrementa a mayor frecuencia de ingesta de los mismos salsa de tomate, gelatinas, jaleas, helados, batidos, chocolate, etc.

La prevención de la caries dental y una buena alimentación disminuye otros problemas de salud oral, constituye un factor base en el manejo futuro del paciente dentro del área Odontopediátrica, puesto que se reducen notablemente cuadros dolorosos agudos y adicionalmente los costos asociados con el tratamiento.

Con gran relevancia los padres deben conversar con un Odontopediatra y un nutriólogo para recibir la información acerca de la selección adecuada de alimentos que protegen los dientes. Un Especialista debidamente capacitado en Odontología Pediátrica tiene la obligación de informar a los padres que existen alimentos como el

pescado de mar, el agua contienen componentes protectores contra la caries, de los cuales el elemento preponderante es el flúor. (67)

Es necesario que sea de conocimiento de los padres que existen medicamentos de uso infantil cuyas fórmulas son ricas en azúcar (jarabes dulces), un previo análisis de la fórmula del medicamento podría prevenir enfermedades dentales y permitiría ofrecer otras alternativas de medicamentos libres de azúcar o cepillar los dientes inmediatamente después de tomar estos medicamentos. (68)

Cada niño es único, las ingestas y recomendaciones dietéticas de referencia, proporcionan directrices generales, que aseguran la proporción adecuada de nutrientes y limitan el riesgo de desarrollar caries. Todas las pautas dietéticas coinciden en recomendar el consumo de una variedad de alimentos del plato del bien comer.

Los profesionales de educación para la salud y servicios públicos y privados deberán promover programas nutricionales, que sean bases claves de las cuales deben beneficiarse los padres de los niños en pleno desarrollo deben trabajar de la mano en el desarrollo de dietas equilibradas que aseguren las características de salud integral en el paciente infantil.

6.1.3. Psicología:

La prevención del maltrato infantil es importante concienciar a los psicólogos, y a la comunidad en general, de la importancia del diagnóstico precoz del maltrato infantil, además es fundamental la responsabilidad social de las empresas, para el apoyo de los programas de orientación y mediación familiar permitiendo a los niños una vida feliz libre de violencia.(69)(70)

- Identifica y evalúa cualquier probable mecanismo de presión por parte del agresor, para coartar la libertad de expresión de la víctima y sus familiares.
- Entrevista al niño, la niña o la persona adolescente.
- Entrevista al pariente protector.

- Realiza una evaluación de la situación familiar.
- Recomienda una evaluación psiquiátrica, en caso de considerarla pertinente.

6.1.4. Trabajador Social:

La persona representante de cada institución hospitalaria dará el seguimiento del caso, y se acercará la familia con fines de recabar información sobre la situación familiar del menor. Asimismo, visitará el domicilio y el vecindario de la víctima para evaluar el grado de protección que ésta recibe en la escuela y en la comunidad. (71)(72)

6.1.5. Odontólogo

Capacitar a las madres sobre el cuidado que deben tener tanto ellas cuando están embarazadas como los niños que estarán a su cargo con respecto al cuidado oral, e indicarles que es necesario manejar una higiene oral adecuada (así sea con una tela o gasa húmeda y limpia rodeando el dedo índice de la madre para frotar y limpiar la cavidad oral cada vez que el niño coma) si es posible antes de que erupcione el primer diente, ya que con esto se consigue acostumbrar al niño a mantener una higiene bucal y evita el principio de enfermedades.(73)

Párrafo reformado DOF 23-06-2017

Artículo 12. Es obligación de toda persona que tenga conocimiento de casos de niñas, niños y adolescentes que sufran o hayan sufrido, en cualquier forma, violación de sus derechos, hacerlo del conocimiento inmediato de las autoridades competentes, de manera que pueda seguirse la investigación correspondiente y, en su caso, instrumentar las medidas cautelares, de protección y de restitución integrales procedentes en términos de las disposiciones aplicables.(74)

Instruir sobre alimentación nutritiva en la mujer gestante porque esto puede influir mucho en la calidad de los dientes que tendrá el niño que va a nacer. El personal de

la salud debe preocuparse por instruirse en el tema de la caries de la infancia temprana para diagnosticar y servir de vehículo en la prolongación de la salud integral, remitiendo estos pacientes a consulta odontológica. (75)

Enfatizar a los padres que deben asistir tan pronto nazca el bebé a consulta con el odontopediatra para que los oriente de forma acertada sobre los cuidados orales que deben tener con el niño y que les indique cuándo deberá ser la primera cita del niño para crear el vínculo afectivo que debe existir entre los padres y el niño para dar estabilidad emocional a los padres del bebé y con ello evitar la obtención de hábitos como el biberón ya que los inicios clínicos que presenta la caries en los incisivos molares de ambas arcadas excepto los incisivos inferiores.(76)

El personal de odontología debidamente preparado , comprometido y consciente de su responsabilidad al respecto puede cumplir este rol protector y defensor de los derechos del niño; su labor de prevención debe consistir en acciones conjuntas con el Grupo Básico de Trabajo correspondiente y los equipos multidisciplinares del policlínico para determinar la presencia de problemas, necesidades y fortalezas en las familias proclives a presentar estas situaciones(77).

El Código de Ética Odontológica es la referencia normativa para los odontólogos, cuyas normas tienen sentido pedagógico de evitar que se cometan actos antiéticos, acciones que generen perjuicios para el paciente y el profesional debe ser consciente de que además de las técnicas aprendidas durante su formación académica, debe también aprender a lidiar con el cuerpo y la mente del ser humano, siendo esencial la ética para que el profesional pueda identificar la individualidad de cada persona y la singularidad.(78)

6.2. Denuncia

Al momento en el que se sospecha que el niño ha sufrido algún tipo de maltrato el medico a cargo o el familiar debe de dirigirse a las autoridades correspondientes de su localidad para levantar un acta de denuncia sobre el presunto agresor del niño(79)(80).

Dependiendo del grado de maltrato pueden participar diferentes personas que pueden dar pruebas sobre el caso, ya sean los familiares más cercanos, médico o del área legal. En caso de un maltrato físico leve se realizará una inspección a la semana y visitas domiciliarias al mes, a los cuatro meses y al año. En caso de maltrato físico grave se debe hacer una evaluación permanente hasta determinar que el niño está fuera de peligro, y visitas domiciliarias a los quince días, a los dos meses, a los seis meses y al año.(80)

Capítulo 6.

6.3. Tipo de atención en el consultorio dental, ante un caso sospechoso de maltrato infantil

Es nuestro deber como cirujanos dentistas, profesionales del área de la salud, identificar cualquier tipo de maltrato infantil, muchos profesionales de la salud especialmente odontólogos tenemos la facilidad para identificarlo ya que tenemos un contacto directo con cada paciente, la mayoría de odontólogos sabemos identificar ciertas áreas más comunes de maltrato como la cara, cabeza, cuello y áreas de la boca.

Algunos odontólogos cuentan con todo el conocimiento necesario para identificar un maltrato infantil pero tienen un conocimiento deficiente acerca de cómo actuar legalmente por lo cual muchos casos que se presentan de maltrato no se denuncian.(81)

Un protocolo de actuación en caso de maltrato infantil debe englobar medidas que garanticen la coordinación de las actuaciones de las instituciones competentes respecto a la atención global a las víctimas de maltrato infantil en las siguientes áreas básicas de intervención social, indicadas

1. Detección.
2. Notificación.
3. Evaluación.
4. Intervención y tratamiento.
5. Seguimiento.

Un estudio realizado por el instituto nacional de pediatría de México mostro datos de mayor relevancia, debido a la disparidad en los resultados, fueron sin duda la deficiente participación en las actividades de crianza de los padres, observada en 93.8%, junto con los hábitos de crianza negativos que coexistieron en 98.6% de los casos.

Estos incluyen que los padres pasan poco tiempo con sus hijos (82.4%), atención médica insuficiente (63.4%), escaso o nulo conocimiento de las necesidades afectivas de sus hijos (33.8%), aplicación de disciplina con castigos corporales (17.6%), alimentación inadecuada (23.9%) y hábitos higiénicos escasos (19%).(82)

Muchas manifestaciones de maltrato infantil se presentan un 70% de los casos en la cara y cuello. Algunos de los signos que se pueden observar en la cavidad oral son lesiones en la mucosa, ya que el cuidador del niño introduce objetos de manera forzada, cuando aparecen dientes fracturados principalmente los dientes incisivos centrales superiores es producido por un golpe con puño cerrado al niño.

Cuando es un abuso sexual se puede observar un desgarre en el frenillo lingual o eritema entre a línea de unión del paladar blando y duro.(83)

Todo odontólogo que se percate de algún tipo de maltrato infantil, alguna conducta anormal tiempo debe de documentar, realizar interconsultas y denunciar y describir ante la ley correspondiente acerca de todos los signos de maltrato que se pudieron observar y esto se debe de hacer en las primeras 24 horas que se dio cuenta del hecho.(84) (85)(86)

Ante una sospecha de abuso al niño, el odontólogo debe de observar detalladamente la entrada del niño al consultorio, ver los movimientos corporales si son limitados o no, el aspecto de la ropa o si se observa al niño muy delgado puede dar indicio de una desnutrición, ya que un factor grande de incidencia de la caries es un desnutrición avanzada.

Si se observa algún tipo de eritema, cortes cutáneos o quemaduras al realizar la historia clínica se debe de preguntar a los padres acerca de esos hallazgos, por lo general todo padre que no maltrate a sus hijos va a saber de dónde surgió ese tipo de lesión, pero aquellos padres que tienden a maltratar a sus hijos, al cuestionarles, su reacción es muy ansiosa queriendo evadir la respuesta.(87)(88)

Cualquier profesional en el área de la salud ante la sospecha de algún tipo de maltrato debemos de hacer un interrogatorio de las personas más cercanas al niño, los lugares que visita o las instituciones a las que asiste, además de saber quiénes son los que conviven más con él, que tipos de adicciones tienen los padres o hermanos, ya que es un factor importante en el ambiente que está creciendo el infante. (89)(90)(91)(92)

Actualmente diferentes tipos de maltrato infantil ha pasado de manera cotidiana y normalizada en los hogares, ya que los padres no le toman la importancia necesaria ante este tema, hoy en día ya es considerado un problema de salud pública mundial porque ya no se considera como antes el maltrato infantil en sectores de pobreza, ya que no distingue clase social, raza o sexo.

Cualquier caso que el odontólogo identifique como maltrato infantil ya sea de índole físico, psicológico, sexual, debe de establecer una empatía profunda con el niño, ya que cualquier niño que ha pasado por un suceso traumático de esta magnitud, al tratamiento dental generara una gran ansiedad e inseguridad por lo cual el dentista a cargo creara un lazo importante de confianza para que el niño cree un ambiente de seguridad en el consultorio dental.(93)(94)

Durante mucho tiempo en eras antiguas el maltrato infantil se ha practicado y desde ese entonces se veía como malo ojos, en su momento se ignoraron sus necesidades físicas y emocionales al punto que hace 100 años el abuso infantil no era considerado como tal, bajo la opinión pública que aún en la actualidad es un indicador de tolerancia y normalización hacia el maltrato infantil: los castigos físicos severos son necesarios para disciplinar.

No ha sido sino porque la sociedad, a través del tiempo y las nuevas generaciones, se ha ido modificando y cambiando la mentalidad, que se sensibilizó y aceptó la existencia de los malos tratos hacia los niños.(95)(96)

Capítulo 7.

6.4. Recomendaciones para remitir a pacientes pediátricos a instituciones enfocadas al maltrato

Hay muchas instituciones que brindan atención necesaria para niños y adolescentes que han sufrido algún tipo de maltrato infantil y al mismo tiempo guían a los familiares de la víctima a tener una mejor comprensión de los hechos.

6.4.1. Unicef

En 2020 desde UNICEF, con el apoyo de otras agencias de las Naciones Unidas en México, se brindó asesoría técnica y se impulsó ante el Congreso Federal una serie de reformas para prohibir el castigo corporal y humillante contra niñas, niños y adolescentes como método de crianza o disciplina infantil y con ello desalentar los comportamientos que promueven la aceptación de la violencia tanto en las familias como en las comunidades.(97)

Para poder atender, pero sobre todo prevenir, cualquier caso de violencia contra la niñez y la adolescencia, es fundamental que el gobierno cuente con un sistema de protección sólido y con personal capacitado que pueda detectar, atender o canalizar oportunamente los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes. (97)

Por ello, UNICEF, en colaboración con el Sistema Nacional DIF, inició una estrategia integral para el fortalecimiento de capacidades y profesionalización del personal que labora en los sistemas de protección a la infancia de los distintos órdenes de gobierno.

La cual incluye la identificación y determinación de habilidades y conocimientos clave para prevenir la violencia, el abuso, la explotación, negligencia y separación familiar innecesaria de niños, niñas y adolescentes, así como el desarrollo de un currículo de formación, capacitación y desarrollo de diversos materiales y herramientas para promover la certificación del personal. (97)

Las trágicas consecuencias de la violencia en un niño afectan todos los aspectos de su vida, además conlleva graves consecuencias emocionales y financieras para todas las sociedades en todas las regiones del mundo.

En el informe mundial, Children in Danger, reveló que el abuso físico, sexual y emocional se ha incrementado en los últimos años afectando a millones de niños en sus hogares, escuelas y comunidades.

La violencia contra los niños se puede evitar y así podemos romper el ciclo de violencia. UNICEF desarrolla programas para identificar, prevenir y atender la violencia y juntos lograremos que el maltrato a los niños no se vea como algo normal. Sólo así podemos poner fin al ciclo de este tipo de maltrato.(98)

6.4.2. DIF

El DIF se encarga de muchas cosas pero en el caso de los niños cuenta con casa hogar para huérfanos. Además realiza programas para fortalecer el desarrollo de las familias mexicanas. También brindan atención psicológica y asistencia médica a los niños migrantes. Así como asesoría y asistencia jurídica para la protección y defensa de los derechos de la niñez.(99)

6.4.3. Y quien habla por mí

Enfocada en la protección de niños y niñas de 0 a 5 años que fueron víctimas de trata, tráfico y explotación. Ayudan a que estos menores hagan su reinserción a la sociedad.

6.4.4. Camino a casa

Brinda asistencia y apoyo para la reintegración social de niñas y adolescentes que fueron víctimas de explotación sexual.

6.4.5. Infancia común

Ofrece capacitaciones, diplomados y orientación sobre temas para detectar y prevenir la explotación sexual comercial infantil.

Apoya la formación y fortalecimiento de redes comunitarias para detectar y prevenir estos delitos. Brinda orientación para denunciar actos de trata de personas o pornografía infantil

6.4.6. Fundación infancia

También cuenta con capacitaciones, cursos y talleres como para prevenir el delito de la trata de personas, brinda servicios de atención e integración en estados de crisis, ofrece asesoría legal y médica para jóvenes que han sido víctimas

6.4.7. El caracol a.c.

Es una casa transitoria para jóvenes de la calle realiza un programa para abuso de substancia y prevensida callejero.

6.4.8. Save the children México

Enfocada en los derechos de los niños para poder decidir por sí mismos. Esta asociación lucha por que cada uno tenga derecho a la participación, a la no discriminación, a la supervivencia y al desarrollo. Realiza intervenciones educativas orientadas en trabajar con los niños que viven en las condiciones de mayor marginación (100)

Conclusiones.

De acuerdo a los diversos estudios que se han realizado, como cirujanos dentistas debemos de estar más informados acerca del diagnóstico hacia un niño que ha sufrido algún tipo de maltrato y contar con todas las herramientas necesarias para tener un mejor conocimiento sobre qué pasos seguir.

Ya que muchos abusos hacia niños se quedan sin denuncia, ya que la mayoría de los odontólogos no saben cómo actuar legalmente o por miedo a represalias si lo hace.

Como odontólogos es fácil identificar algún tipo de maltrato, ya que tenemos esa comunicación muy directa con el paciente, ya que muchos niños que han sido maltratados suelen actuar distantes e indiferentes, ser muy callados, suelen presentar una expresión de su cara de tristeza y temor ante la proximidad de otras personas. Algunos niños pueden presentar una delgadez no adecuada para su edad.

Hoy en día se ha incrementado la protección hacia el infante, debido a que estadísticamente se ha comprobado que los casos de maltrato infantil han aumentado a nivel mundial. Existen muchas organizaciones encargadas de auxiliar aquellos niños y adolescentes que han sufrido algún tipo de abuso en el cual les brindan todo el apoyo necesario para su bienestar y el de sus familiares.

Muchos padres ignoran que es un maltrato hacia sus hijos, que niños no tengan un servicio dental disponible a una edad temprana, ya que comúnmente en muchos hogares mundialmente, pero especialmente en México, hay un alto índice de caries en niños menores de 12 años ya sea por hábitos poco saludables o el tipo de alimentación que los padres les brindan a los niños.

En algunos países especialmente en Europa y en estado unidos se ha dictaminado que es un maltrato infantil, que un infante no tenga una atención dental adecuada, en México y américa latina es muy poco conocido acerca de este tema.

Por tanto muchos padres consideran que el concepto de maltrato infantil es cuando hay abusos o golpes hacia un niño pero nunca lo relacionan que también es un maltrato cuando el niño presenta caries muy avanzadas en boca y sin atención odontológica.

Muchos de estos factores afectan la calidad de vida del niño, ya sea física, emocionalmente y psicológicamente.

Hay un grupo de niños muy vulnerable a este tipo de maltrato, son aquellos niños que presentan alguna discapacidad mental, ya que por sus discapacidades, suele haber muchos descuidos por padres o tutores, son más propensos a ser abusados físicamente.

Bibliografía

1. MacHiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. *Caries Res.* 2020;54(1):7–14.
2. Pitts N, Zero D, Marsh P, Ekstrand K, Weintraub J, Ramos-Gomez F, et al. This is a repository copy of Dental caries . White Rose Research Online URL for this paper : Version : Accepted Version Article : © 2017 , The Author (s). Published by Nature Publishing Group . This is an author produced version of a paper published in. *Nat Rev Dis Prim.* 2017;45.
3. Oh DH, Chen X, Daliri EBM, Kim N, Kim JR, Yoo D. Microbial etiology and prevention of dental caries: Exploiting natural products to inhibit cariogenic biofilms. *Pathogens.* 2020;9(7):1–15.
4. Kraljevic I, Filippi C, Filippi A. Risk indicators of early childhood caries (ECC) in children with high treatment needs. *Swiss Dent J.* 2017;127(5):398–410.
5. Folayan M, Olatubosun S. Early Childhood Caries A diagnostic enigma letters to the Editor. *Eur J Paediatr Dent.* 2018;19(2):88.
6. Oyedele TA, Adeyemo YI, Ladeji AM, Adetayo AM, Nzomiwu CL. Comparison of dental caries and oral hygiene status of children in suburban with those in rural population of southwestern Nigeria. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2021;21:1–11.
7. Rengifo Reina HA, Muñoz Ordóñez LM. Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. *Univ Odontol.* 2019;38(80):1–10.
8. Díaz ACM, Castillo JL, Lavinia S, Ferreira M, Rojas S. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana.* 10.
9. Hernández JA, Cardozo MA, Arango MC, Villavicencio JE. Correlation Of Clinical And Radiographic Diagnosis Of Carious Lesions In Posterior Teeth. *Rev Fac Odontol.* 2017;28(2):341–53.
10. Snell AK, Burgette JM, Weyant RJ, Crout RJ, McNeil DW, Foxman B, et al. Association between a child's caries experience and the mother's perception of her child's oral health status. *J Am Dent Assoc.* 2019;150(6):540–8.
11. Banas JA, Drake DR. Are the mutans streptococci still considered relevant to understanding the microbial etiology of dental caries? *BMC*

- Oral Health. 2018;18(1):1–8.
12. Calle Sánchez MJ, Baldeón Gutiérrez RE, Curto Manrique J, Céspedes Martínez DI, Góngora León IA, Molina Arredondo KE, et al. Teorías de caries dental y su evolución a través del tiempo: Revisión de literatura. *Rev Científica Odontológica*. 2018;06(01):98–105.
 13. Qin Y, Zhang R, Yuan B, Xu T, Chen H, Yang Y, et al. Structural equation modelling for associated factors with dental caries among 3-5-year-old children: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–12.
 14. Sotomayor Ortellado R, Matiauda Otaño A, Ferreira Cabañas A, Canese Krivoshein A. Dieta, higiene bucal y riesgo de caries dental en niños escolares de Concepcion, durante el confinamiento por COVID-19. *Pediatría (Asunción)*. 2021;48(1):65–72.
 15. Ayala-Escandón C de la L, Zambrano-Palencia OR, Franco-Trejo CS. Asociación del sobrepeso y caries dental en niños de 3 a 6 años. *Rev Odontopediatría Latinoam*. 2021;3(1):15.
 16. Machado Tan T, Leiva Arango E, Bárbara Reyes Labarcena II. Características del esmalte y rol de la saliva como factores de riesgo a caries dental Characteristics of enamel and the role of saliva as risk factors of dental caries. *Progaleno [Internet]*. 2019;2(3):2019. Available from: <http://www.revprogaleno.sld.cu/>
 17. Masyitah M, Yustina I, Sudaryati E. Effect of Driving Factors (Role of Parents and Role of Teachers) in Prevention of Dental Caries in Children. *Britain Int Exact Sci J*. 2020;2(1):162–71.
 18. Basso ML. Conceptos actualizados en cariología. 2019;107(1):25–32.
 19. Bermudez S, Gutierrez H, Osorio AY. Caries en dentición primaria en infantes que acuden a la consulta de niño sano del ambulatorio docente del Hospital Universitario de Caracas Cárie dentária em dentiçãõ decídua em crianças que compareceram à consulta de crianças saudáveis no ambulatório do. (10).
 20. Ferreira Espínola DE, Jacquett Toledo NL, Ibarrola Castro M. Caries Temprana De La Infancia. Caso Clínico. *Pediatría (Asunción)*. 2019;45(3):242–50.
 21. Diaz Garavito MV, Echeverri-Arango B, Franco Aguirre JQ, Vélez S. Impacto de una estrategia educativa en salud bucal en un hogar infantil de la ciudad de Medellín –Colombia. *CES Odontol*. 2020;33(2):100–11.
 22. Años PDEA, La DEEDE. Artículo original. 2018;6(2):186–94.

23. Vélez-Vásquez VA, Villavicencio-Caparó E, Cevallos-Romero S, Del Castillo-López C. Impacto de la experiencia de caries en la calidad de vida relacionada a la salud bucal; Machángara, Ecuador. *Rev Estomatológica Hered.* 2019;29(3):203–12.
24. Muñoz V, Valenzuela PM, Rasse A. Imaginarios, creencias y actitudes que influyen en la consulta odontopediátrica en menores de 3 años. *Int J Interdiscip Dent.* 2020;13(1):6–8.
25. Siquero-Vera KNS, Mattos-Vela MA. Factores de riesgo asociados a caries de infancia temprana severa. *Kiru.* 2018;15(3):146–53.
26. Alberto M, Ramírez M. Lactancia materna y caries de la infancia temprana Aleitamento materno e cárie na primeira infancia Breastfeeding and early childhood caries. *Rev Odontopediatria Latinoam.* 2016;6(2):90–8.
27. Muñoz Cárdenas D del C, Abanto Silva LE, León-Manco RA, Zavaleta Boza CM. Caries dental en niños con necesidades especiales de un colegio de bajos recursos en el Perú. *Rev Estomatológica Hered.* 2018;28(4):229.
28. Lamas Berríos S. Programas preventivos y promocionales de la salud bucal y disminución de caries en IMPROMI-Chorrillos. Univ César Vallejo. 2017;
29. Organizaci L, Espa S, Odontopediatria OLADE. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. :1–20.
30. Carrillo Sánchez C. Recursos actuales en el diagnóstico de caries. *Rev ADM.* 2018;75(6):334–9.
31. Jara Porroa JJ, De la Cruz Sedano GS, Ventura Flores AK, Perona–Miguel de Priego GA. Herramientas actuales para el diagnóstico, manejo y control de la caries dental. Parte II. Una revisión de la literatura. *Rev Científica Odontológica.* 2020;8(1):1–7.
32. Berner JE, Will P, Loubies R, Vidal P. Examen físico de la cavidad oral. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 2016;44(3):167–70.
33. Baldani MH, Rocha JS, Fadel CB, Nascimento AC, Antunes JLF, Moyses SJ. Avaliação do papel da atenção primária adequada no uso de serviços de saúde bucal por pré-escolares brasileiros de baixa renda. *Cad Saude Publica.* 2017;33(11):1–15.
34. Mouesca JP. de riesgo , factores protectores y desencadenantes. 2015;113(6):558–67.
35. Novoa F. Maltrato infantil. *Rev Med Chil.* 1993;121(5):544–5.

36. Quinteros M, Jazmín K, Registro FDE, Trabajo DET. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL PORTADA TEMA DE INVESTIGACIÓN : SALUD ORAL EN NIÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA AUTOR : CRUZ MARTILLO ELVIS ALEJANDRO TUTORA : Cruz Martillo Elvis Alejandro. 2021.
37. Ocariz S. Maltrato infantil en México. 2016;60(4):326–33.
38. Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicol Educ* [Internet]. 2017;23(2):81–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
39. Alonso Parreño MJ. La violencia contra las niñas y niños con discapacidad en España. Situación Jurídica y social. Estudio integral, 2019. 2020; Available from: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/6063>
40. Baptista AS, Laranjo E, Norton AA, Andrade DC de, Areias C, Macedo AP. Dental Neglect, one type of child abuse – Narrative review. *Med Express*. 2017;4(3):1–6.
41. Negrín YM. Maltrato infantil : ¿ un problema de género ? Child mistreatment : Is it a gender problem ? 2016;32(1):28–35.
42. González RM, García LM, Ferrer DM. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares Family functioning and suicidal attempt in school children. 2017;33(3):281–95.
43. Requena Mendoza A, Robles Bermeo NL, Lara Carrillo E. Afectación de la Salud Oral en Niños que Padecen Maltrato Infantil: Reporte de Caso. *Int J Odontostomatol*. 2014;8(1):167–73.
44. Mex R, Forense M, Karely A, Alicia R. Conocimiento de factores de riesgo de caries temprana de la infancia , en madres que acuden al hospital pediátrico de Sinaloa. 2020;5(supl 3):21–4.
45. Andrés H, Zaldívar N. Traumatismos dentarios: un acercamiento imprescindible. 16 Abril. 2017;56(265):113–8.
46. Cagetti MG, Marcoli PA, Berengo M, Cascone P, Cordone L, Defabianis P, et al. Italian guidelines for the prevention and management of dental trauma in children. *Ital J Pediatr*. 2019;45(1):1–14.
47. Tello-Guerrero YG, Perona-Miguel de Priego G. Calidad de vida y su asociación con la negligencia en el cuidado dental en preescolares. *Rev Científica Odontológica*. 2019;7(1):89–102.
48. Version D. The ‘ neglected ’ relationship between child maltreatment

and oral health ? 2019;

49. Arranz Montull M, Torralba Roselló JM. El maltrato infantil por negligencia o desatención familiar: conceptualización e intervención. *Prospectiva*. 2017;(23):73.
50. Nogami Y, Iwase Y, Kagoshima A, Saitoh I, Nakajima T, Takahashi H, et al. Dental caries prevalence and treatment level of neglected children at two child guidance centers. *Pediatr Dent J*. 2017;27(3):137–41.
51. Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. *Dent Res J (Isfahan)*. 2020;17(3):167–73.
52. Harris JC, Balmer RC, Sidebotham PD. British Society of Paediatric Dentistry: a policy document on dental neglect in children. *Int J Paediatr Dent*. 2018;28(5):e14–21.
53. Martagón Cabrera LR, Belmont Laguna F, de la Teja Ángeles E, Téllez Rodríguez J. Battered child syndrome with stomatological repercussions. Case report. *Rev Odontológica Mex*. 2016;20(2):e96–104.
54. Ramírez-Puerta BS, Franco-Cortés AM, Ochoa-Acosta E, Escobar-Paucar G. Experiencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años, Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;33(3).
55. Joya TC, Adriano Anaya M del P, Chavarría López SA, Adriano PAC. Maltrato Infantil: Riesgo de Caries Dental. *Eur Sci J ESJ*. 2020;16(6):43–54.
56. Herrera-Salas F, Arredondo-Velázquez IL, Fernanda Aguilar-Pérez L, Michel Martínez-Aguilar K, Castro-Ramírez LD, Fabiola Hernández-Hernández T. La educación del infante como sujeto de la salud oral . *Rev Educ y Desarro*. 2019;49:65–75.
57. I LPG, Teresa S, Martorell G. El síndrome del estomatológico maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio Child maltreatment syndrome and its diagnosis in dentist ´ s office. *Mediciego*. 2016;22(4):60–70.
58. José M, Bejarano T, Antonio C, Suárez E, Cristina A, Bejarano T, et al. Introducción. 2019;4:2–7.
59. / D Rgrqwrroj ~ D Hq Ho Gldjqvwlfr Gho Pdownudwr Lqidqwlo.
60. Sillevs Smitt H, de Leeuw J, de Vries T. Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(11):2304–6.

61. de la Rosa J, Almeida A, Reina E, Guerra L, Vázquez G. Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica Child Abuse. A bibliographical Review. Rev científica Estud 2 Diciembre. 2020;3(1 (2020)):39.
62. Rodríguez González M, Loredó Abdalá A. Negligencia: modalidad subestimada del maltrato al infante. Acta Pediátrica México. 2019;40(2):85.
63. Massera LG, Saldías M, Delfino V, Zagalsky DP, Fridman LN. INTERCONSULTA EN MALTRATO INFANTOJUVENIL : Características de la población con sospecha de maltrato infantojuvenil del Hospital de Pediatría Juan P . Garrahan. 2019;351–7.
64. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas The doctor-patient relationship, bioethical considerations. Rev Peru Ginecol Obs. 2017;63(4):555.
65. Aría AM, Introducción I. RECOMENDACIONES EN NUTRICIÓN , DIETA Y SALUD BUCAL PARA LOS NIÑOS RESUMEN El objetivo del presente artículo de opinión es presentar las recomendaciones de los expertos respecto a la nutrición y dieta adecuada para la salud bucal de los niños . Se tocan te. 2016;1(1):76–9.
66. Pinni J, Avula JSS, Bandi S. Association of dental caries with socio-demographic and nutritional factors among school children in Guntur district of Andhra Pradesh, India. Pediatr Dent J. 2019;29(3):111–5.
67. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral. 2016;9(2):193–202.
68. Rocamundi M. Trabajo científico. Nutrición y salud bucal, una relación clave. 2017;1–3.
69. Fernández A De, Fernández G, Troya E. Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo-Venezuela. Rev Ciencias Soc. 2020;XXVI.
70. Losada AV, Porto M. Neuro Artículos Familia y Abuso Infantil. Rev Neuronum. 2019;5(2):7–32.
71. Domingo S. Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia en república dominicana. 2017.
72. Flick K, Marchini L. The Interprofessional Role in Dental Caries Management: From the Social Worker Perspective. Dent Clin North Am. 2019;63(4):663–8.
73. Dos santos RA, Carminatti M, Carneiro A, De Laura Pino B, Gomes E.

- Influence of oral habits on the myofunctional orofacial profile of children aged three to five years-old. *Rev Odontopediatría Latinoam.* 2020;10(1):24–35.
74. Diputados C De, Congreso H, Unión D. LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS , NIÑOS Y ADOLESCENTES TÍTULO PRIMERO De las Disposiciones Generales. 2019;1–74.
 75. Tiol Carrillo A. Odontología legal. *Rev la Asoc Dent Mex.* 2020;77(5):257–60.
 76. Of P, Diseases O, Children IN. INVESTIGACIÓN ORIGINAL : 2021;4(1).
 77. María I, López MIL, Leyda AM, Ribelles M. Conocimientos y actitudes sobre maltrato infantil en alumnado del grado de Odontología. Vol. 19, *Revista Odontología Pediátrica.* 2020. p. 19–30.
 78. Camargo FD de, Batista AK, Unfer B. Ética E Moral: Reflexões De Dentistas Do Serviço Público. *Rev Bioética.* 2019;27(2):297–303.
 79. Baus S. DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL MALTRATO Y EL ABUSO : BIOÉTICA HERMENÉU- TICA Y SALUD PÚBLICA COMO REFERENTES. 2015;21(1):93–101.
 80. Salud MDE. Guía de atención del menor maltratado.
 81. Mogaddam M, Kamal I, Merdad L, Alamoudi N. Child Abuse & Neglect Knowledge , attitudes , and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah , Saudi Arabia. *Child Abuse Negl [Internet].* 2016;54:43–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.02.004>
 82. García-cruz AH, García-piña CA, Orihuela-garcía S. Negligencia infantil : una mirada integral a su frecuencia y factores asociados *Child Neglect : A comprehensive look at its frequency and associated factors.* 2019;40(4):199–210.
 83. Solano VR, Latina U, Rica DC, Rica C, López DM, Latina U, et al. víctimas de abuso sexual. 2017;29–36.
 84. Maltrato AS. Maltrato Infantil : Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista . *Marco Legal y Revisión de la Literatura.* 2020;14(2):160–6.
 85. Milena A, Martínez D. No Title. 2016;35(74).
 86. Mcdonnell ST, Mackie IC. An urgent referral of a suspected case of child abuse. :593–5.
 87. Vergara KA, Cárdenas SD, Martínez KR. Conocimientos , actitudes y

- prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia) Knowledge , attitudes and practices on child abuse in dentists from Cartagena (Colombia). 2017;33(2):129–38.
88. Rodrigues LSA, Lima APB, Nagata JY, Rigo L, Cericato GO, Franco A, et al. Journal of Forensic and Legal Medicine Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry e A systematic review Jos e. 2016;43:34–6.
 89. Rita L, González I. Violencia doméstica en niños y adolescentes de la Comuna Tala Hady The domestic violence of children and adolescents in the neighborhood Tala Hady. 2019;23(2):178–87.
 90. CONRADO | Revista pedagógica de la Universidad de Cienfuegos | ISSN: 1990-8644 47. 2018;367–73.
 91. Laura C, Pe G, Reyes C, Finlay CJ, Km CO, Pedag C, et al. Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. 2017;17(2):415–35.
 92. Perdomo V, Rubinstein M. Epidemiología de los pacientes pediátricos derivados a un equipo de referencia en violencia doméstica . CASMU-IAMPP , 2016. 2019;90(6):305–11.
 93. Kranstad V, Søftestad S, Tv F, Being WT. Being considerate every step of the way : a qualitative study analysing trauma-sensitive dental treatment for childhood sexual abuse survivors. 2019;(9):539–46.
 94. Fredriksen TV. Preparing for attack and recovering from battle : Understanding child sexual abuse survivors ' experiences of dental treatment. 2020;(December 2019):317–27.
 95. Desireé RN, Herminia GM, Cristina ZY, Gladys O. Identificación de los indicadores de maltrato infantil a través de la revisión bibliográfica. 2018;19(1):73–85.
 96. Negrin YM. Accidentes en la infancia como expresión de maltrato infantil y su relación con la disfunción familiar Infancy accidents as an expression of child mistreatment and its relation with family dysfunction. 2016;35(2):268–79.
 97. Presentación. 2020;
 98. Primero T, Disposiciones DELAS. Marco normativo CNDH. 2021;
 99. General L, Infantil I. Ley General de los Derechos de Niñas , Niños y Adolescentes Ley General de Prestación de Servicios para la Atención , y Desarrollo Integral Infantil.
 100. Constitución L, Estados PDL, Mexicanos U, Magna DENC. INSTITUCIONES Y ORGANISMOS ENCARGADOS DE PROTEGER

TUS DERECHOS CONSTITUCIONALES (Niños y Niñas). 1917;

Anexos

Actualmente la norma NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica y el proyecto de norma PROY-NOM-013-SSA2-2014, para la prevención y control de enfermedades bucales continúan apoyando los aspectos de vigilancia de la Salud Bucal. De la misma forma en México, la Ley General de Salud contempla dentro del artículo 27 la prevención y control de las enfermedades bucales.

1.